

1965.—4. Вылегжанин А. И. Акуш. и гинек., 1952, 6.—5. Горизонтов П. Д. и Андреева Е. А. Там же, 1948, 3.—6. Коган А. X. Там же, 1951, 4.—7. Матвеева О. Ф. Течение беременности и родов при гипертонической болезни. Автореф. канд. дисс., Л., 1952.—8. Спасская В. А. Сов. мед., 1968, 1.—9. Стоик Н. Л., Орлова Т. И. Поздний токсикоз беременных. Медгиз, М., 1952.—10. Чеботарев Д. Ф. Гипертензивный синдром беременных. Медгиз, М., 1956.—11. Brown F. Brit. med. J., 1947, 4520, 283—290.—12. Chesley L. C., Annitto J. E., Jarwis D. J. Am. J. Obstet. Gynec., 1947, 53, 5, 851—863.—13. Cosgrove S. A., Chesley L. C. The normal and pathological physiology of pregnancy. Baltimore, 1948.—14. Goldblatt H. J. exp. med., 1937, LXX, 671—675.—15. Grollman A. Am. J. Physiol., 1947, 151, 373—379.—16. Jensen J. The Heart in Pregnancy. St. Louis, 1938.—17. Page E. W. Am. J. Obstet. Gynec., 1941, 41, 53—60.—18. Ried D. E., Teel H. M. Ibid, 1939, 37, 5, 886.—19. Theobald G. W. The pregnancy toxemia of the encymonic atelositeses. London, 1955.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.72

А. Н. Геллер (Куйбышев-обл.). Плече-лопаточный периартрит и его лечение

Это страдание обусловлено развитием в периартикулярных тканях дистрофических процессов, сопровождающихся реактивным воспалением. Возникновению заболевания способствует острая или хроническая травма, реже — инфекционный процесс.

В данной работе приведены сведения о 160 больных с длительностью заболевания от 3 недель до 18 месяцев.

Большинство больных (131 чел., 81,8%) занималось физическим трудом. Острая травма была у 33 больных (20,6%). Правостороннее поражение было у 102 больных, левостороннее — у 57, двустороннее — у 1. Острое начало заболевания отмечено у 69 чел. (43,1%), постепенное — у 91 (56,9%).

При рентгенологическом исследовании у 58 больных (36,2%) был выявлен остеопороз головки плечевой кости, склероз большого бугорка и акромиального отростка лопатки. У 36 больных (22,5%) были обнаружены тени известковых отложений над большим бугорком. У остальных каких-либо рентгенологических изменений не было.

Больных лечили инъекциями гидрокортизона. 2 мл гидрокортизона растворяли в 10 мл 1% раствора новокаина, добавляли антибиотики (150 000—300 000 ед. пеницилина или стрептомицина) и вводили непосредственно в очаг воспаления, в болевые точки, определяемые пальпаторно. Курс лечения состоял из 2—5 инъекций с интервалами между инъекциями 3—5 дней. Двукратные инъекции произведены 15 больным, трехкратные — 27, четырехкратные — 47, пятикратные — 71. Осложнений не было.

К противопоказаниям для местной гидрокортизонотерапии мы относили активные формы туберкулеза, язвенную болезнь желудка, эпилепсию, гипертоническую болезнь, сахарный диабет, а также наличие гнойного очага в области предполагаемого введения препарата.

Мы являемся противниками иммобилизации пораженной конечности, и поэтому лечебной физкультуре отводим особое место. Рано начаты и систематически проводимые физические упражнения улучшают крово- и лимфообращение в пораженной области, что способствует более быстрому рассасыванию продуктов распада, ускоряет регенерацию пострадавших тканей. Систематически применяемые упражнения не только укрепляют мышцы, связки и благотворно действуют на все периартикулярные ткани, но и способствуют восстановлению нарушенных рефлекторных связей. В острой стадии заболевания, когда на первый план выступает болевой синдром, назначают движения в плечевом суставе облегченного типа. Движения проводятся с опорой, поддержкой больной руки, обычно не выше горизонтали, чтобы не вызвать резкого усиления болей. После 2—3 инъекций гидрокортизона болевой синдром, как правило, значительно уменьшается, и больным назначают более активную лечебную физкультуру, а затем и механотерапию (на блоке).

Выздоровление (отсутствие болей, восстановление полного объема движений в суставе) наступило у 136 больных (85%), улучшение (восстановление полного объема движений в суставе, но периодически умеренная болезненность при физической нагрузке) — у 15 (9,4%), изменений не отмечено у 9 (5,6%). Средний срок нетрудоспособности больных — 17,5 дня.

Мы считаем необходимым применять местную гидрокортизонотерапию в сочетании с лечебной физкультурой, так как остальные виды консервативного лечения малоэффективны.